



Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate  
Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud/ Osasun Zientzien Fakultatea  
Grado en Enfermería/Erizaintzako Gradua

# LA CONCILIACIÓN COMO MÉTODO PARA DISMINUIR LOS ERRORES DE MEDICACIÓN. PAPEL DE ENFERMERÍA

Autor: Maite Diaz de Cerio Ruiz

Director: Maria Lourdes Sainz Suberviola

Curso académico: 2016-2017

Presentación y defensa: 14 Junio 2017

## INDICE

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE .....	1
2. INTRODUCCIÓN .....	2
3. JUSTIFICACIÓN PERSONAL.....	4
4. OBJETIVOS .....	4
4.1 Principal .....	4
4.2 Secundarios.....	4
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
5.1 Bases de datos .....	5
5.2 Páginas webs.....	6
5.3 Libros y documentos.....	7
6. DESARROLLO.....	7
6.1. Conciliación .....	7
6.1.1 Concepto .....	7
6.1.2 Niveles asistenciales.....	8
6.1.3 Etapas del proceso de conciliación .....	9
6.2 Errores de medicación .....	9
6.2.1 Concepto .....	9
6.2.2 Categoría de gravedad clínica del error .....	11
6.2.3 Causas de los errores de medicación .....	12
6.2.4 Factores que contribuyen a los errores de medicación.....	13
6.3. Frecuencia de errores de conciliación .....	15
6.3.1. Errores de conciliación .....	18
6.3.2 Estudios acerca de conciliación en distintos niveles de asistencia.....	21
Limitaciones y conclusiones de los estudios .....	24
6.4. Métodos para mejorar la conciliación: La prescripción electrónica asistida .....	26
6.5. La conciliación como proceso multidisciplinar .....	28
7. PROPUESTA DE ESTUDIO PILOTO .....	32
8. DISCUSIÓN .....	37
9. CONCLUSIONES.....	41
10. BIBLIOGRAFÍA .....	42
11. ANEXO.....	47

## 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El medicamento es una herramienta terapéutica muy utilizada en la práctica clínica, de modo que ha contribuido a aumentar la esperanza de vida y a mejorar la calidad de la misma. Pero también conlleva una serie de riesgos, a veces derivados de las acciones de los propios fármacos y otros relacionados con el proceso asistencial. Se considera que las transiciones asistenciales constituyen etapas del proceso de atención al paciente particularmente susceptibles de facilitar errores de medicación. En estas situaciones, la conciliación de los medicamentos se ha revelado como proceso eficaz para reducir el número de errores, aumentar la seguridad del paciente y, con ello, mejorar la calidad de la asistencia.

En este trabajo, se ha expuesto el concepto de errores de medicación, su clasificación y la frecuencia de los mismos. Igualmente, se ha descrito el proceso de conciliación como herramienta destinada a minimizar dichos errores, que resulta más efectiva cuando se realiza con un equipo multidisciplinar, y se ayuda de sistemas informáticos como la prescripción electrónica asistida y la historia clínica informatizada.

Finalmente, se ha desarrollado una propuesta de estudio piloto con un programa de conciliación de medicación al alta hospitalaria, con especial mención del papel del profesional de enfermería en el mismo.

Palabras clave: Seguridad del paciente, errores de medicación, conciliación, errores de conciliación, papel de enfermería, proceso multidisciplinar, prescripción electrónica.

### ABSTRACT

The medicine is a therapeutic tool widely used in clinical practice so that it has contributed to increase the life expectancy and quality. But also entails a series of risks, sometimes derived from the actions of the medicines themselves and others related to the care process. Care transitions are considered to be stages of the patient care, process particularly sensitive to facilitate medical mistakes. In these situations, the conciliation of medicines, has been relieved as an effective process to reduce the number of mistakes, increase patient safety and thereby improve the quality of care.

In this work the concept of medication mistakes, their classification and the frequency of medication have been exposed. The conciliation process has also been described as a tool to minimize errors, which is more effective when it's made with a multidisciplinary team, and is aided by computer systems such as electronic prescription and computerized medical history.

Finally a pilot study has been developed with a conciliation program for hospital discharge, with special reference to the role of nursing professional in hospital.

Key words: Patient safety, medication errors, conciliation, conciliation errors, nursing in conciliation, multidisciplinary process, care transition, electronic prescription.

## 2. INTRODUCCIÓN

Los medicamentos constituyen el instrumento terapéutico más utilizado por los profesionales sanitarios y más accesible a la población. Han contribuido a aumentar la esperanza de vida y mejorar la calidad de la misma, pero a veces ocasionan problemas que pueden ser más complejos que la propia enfermedad. En EEUU, los resultados negativos asociados a la medicación se sitúan entre las 6 primeras causas de muerte en pacientes hospitalizados. (Del Arco Galán, C., 2016)

En España, los errores de medicación son la mayor causa de iatrogenia en pacientes hospitalizados, por encima de las complicaciones quirúrgicas o las infecciones nosocomiales. Según el Estudio Nacional de Efectos Adversos Relacionados con la Hospitalización (ENEAS), hasta un 9,3% de los pacientes ingresados en un hospital sufre algún efecto adverso relacionado con la asistencia sanitaria, [...] y, en un 37,4%, la causa es el uso de los medicamentos. (Albarracín García, R., 2014, p.3)

“La utilización adecuada de los medicamentos es, por tanto, un componente fundamental de la calidad de la asistencia sanitaria por la transcendencia que entraña en la salud de los pacientes”. (Morales Serna, J.C., 2008, p. 601)

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad de los sistemas sanitarios en todo el mundo, especialmente, desde que diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que la misma atención sanitaria destinada a mejorar la salud de las personas es una fuente importante de daños, siendo los errores de medicación una de las principales causas de daño prevenible. (Garjón Parra, J., y Gorricho Mendivil, J., 2010, p. 33)

Así, la OMS relata que la seguridad del paciente es un problema grave de salud pública. Desde la puesta en marcha en 2004 del *Programa de Seguridad del Paciente* de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente, se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal.

En nuestro país, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su estrategia para mejorar la seguridad del paciente señala que los efectos secundarios no deseados derivados de la asistencia sanitaria representan una causa elevada de mortalidad y morbilidad, además del impacto económico y social que suponen. Dentro de sus objetivos para mejorar la seguridad del paciente se encuentra la prevención de los errores de medicación.

Un mismo paciente tiene contacto con varios médicos pertenecientes a distintos niveles asistenciales y cada uno trata diferentes problemas de salud. Si cada uno prescribe sin una visión integral, puede conducir a problemas como polifarmacia innecesaria, duplicidades, interacciones o uso de fármacos contraindicados para la situación del paciente. En el momento de la prescripción, es preciso considerar los otros medicamentos que está tomando el paciente. Se estima que la mitad de los errores de medicación se producen en procesos correspondientes a transiciones asistenciales, como el ingreso o el alta, en los que cambia el responsable sanitario del

paciente, razón por la que se identifican como puntos críticos en el proceso de atención sanitaria. (Garjón Parra, J, et al, 2010; Morales Serna, J.C, 2008)

En este contexto, surge la necesidad de conciliación de la medicación.

“Conciliar” supone valorar el listado completo y exacto de la medicación del paciente previa a la transición asistencial, con la prescripción después de la misma, y tiene, como objetivo, garantizar que todos los pacientes reciben todos los medicamentos necesarios (Delgado Sánchez, O., Anoz Jiménez, L., Serrano Fabiá, A., y Nicolás Pico, J., 2006; Vázquez Campo, M., y Martínez Ques, A.A., 2010)

La implantación y estandarización de un programa de conciliación es útil para contribuir a mejorar la seguridad en el uso adecuado de los medicamentos y la eficiencia global del sistema, garantizando la exactitud de la medicación en los procesos de transición asistencial, ya que permite reducir los errores debidos a la conciliación, disminuyendo así la morbilidad asociada a estos y contribuyendo a garantizar la continuidad asistencial y a reducir los costes. (Juvany, R., y Jodar, R., 2012, p.672)

El proceso de conciliación resulta una herramienta recomendable ya que, se considera que casi la mitad de los errores evitados hubiesen causado alguna alteración en el proceso patológico del paciente, hecho que corrobora la necesidad de implantar una estrategia dirigida a la reducción de estos errores. (Rentero, L., Iniesta, C., Urbietta, E., Madrigal, M., y Pérez, M.D., 2014)

“La finalidad de este proceso no es juzgar la práctica médica ni cuestionar las decisiones clínicas individuales, sino detectar y corregir los posibles errores de medicación que habrían pasado inadvertidos”. (Juvany, R., et al, 2012, p.672)

En este sentido, la Joint Commission on Accreditation of Health-Care Organizations (JCAHO) reconoce que los errores de medicación (EM) comprometen la seguridad de la medicación, y establece la conciliación de la medicación de forma exacta y completa como un punto clave para reducir el número de Eventos adversos (EA) cuando cambian los responsables del paciente. Desde enero de 2006, todas las organizaciones sanitarias acreditadas por este organismo, deben tener desarrollados procedimientos para disponer de un listado de la medicación de los pacientes nuevos, y es necesaria la conciliación de la lista de medicación que el paciente tomaba con la nueva prescripción que se realice. (Delgado Sánchez, O, et al., 2006)

La atención multidisciplinar supone la coordinación entre varios profesionales de diferentes especialidades. El profesional de enfermería debe participar en este proceso, ya que posee competencias suficientes para ello. El profesional de enfermería es el encargado de “cuidar” al paciente, está en contacto directo con este, y cuidar no es solo “curar” sino también prevenir y evitar. Mediante el proceso de conciliación, es posible evitar numerosos errores de medicación para aumentar la calidad de la asistencia, que es un objetivo que compete a todos los profesionales que se encargan del cuidado asistencial. Por ello, el profesional de enfermería puede ser un elemento importante en dicho proceso de conciliación.

El propósito del presente trabajo consiste en evaluar la eficacia de la conciliación para reducir los errores de medicación mediante una atención coordinada multidisciplinar y el papel activo del profesional de enfermería en dicha coordinación.

### 3. JUSTIFICACIÓN PERSONAL

Para la realización del Trabajo de Fin de Grado, he elegido un tema relacionado con la conciliación de los medicamentos porque, en el desarrollo de las asignaturas de Practicum, he podido apreciar la frecuencia con la que se aplican tratamientos farmacológicos y la importancia de la adecuación de los mismos para la seguridad del paciente y el éxito del tratamiento. Durante las prácticas asistenciales, he tenido la oportunidad de conocer diferentes unidades hospitalarias y he podido observar algunas discordancias relacionadas con la pauta del tratamiento farmacológico de los pacientes, así como las dudas expresadas por los mismos en cuanto a la continuidad de su medicación.

Considero que el profesional de enfermería es un elemento muy importante en la atención al paciente, encargado de administrar los tratamientos farmacológicos prescritos por el facultativo, pero también con capacidad para aportar consejo y educación sanitaria relacionada con los medicamentos, por lo que, en la conciliación de la medicación, puede desempeñar un papel relevante. No obstante, los errores de medicación, en la mayoría de los casos, son resultado de múltiples factores relacionados con el sistema y los profesionales que atienden al paciente. Por lo tanto, debemos tener presente que la conciliación de los medicamentos es una tarea multidisciplinar.

### 4. OBJETIVOS

#### 4.1 Principal

- ✓ Analizar programas de mejora para evitar la discordancia farmacológica entre los diferentes niveles de asistencia por los que pasan los pacientes a lo largo de su proceso de enfermedad, así como valorar la participación, en los mismos, del profesional de enfermería.

#### 4.2 Secundarios

- ✓ Describir el proceso de conciliación de medicación y su relevancia en el tratamiento.
- ✓ Determinar la frecuencia de errores de conciliación en diferentes situaciones por la que pasa el paciente, al ingreso y al alta hospitalaria, en urgencias.

- ✓ Analizar las alternativas enfocadas a mejorar el proceso de conciliación de medicación.
- ✓ Efectuar una propuesta en la que se refleje la importancia de la función de enfermería en el proceso de conciliación.

## 5. MATERIAL Y MÉTODOS

La elaboración de este trabajo se ha basado en la revisión bibliográfica de textos, en lo referente a la búsqueda de estudios sobre programas de conciliación, errores de medicación y frecuencia de los mismos, así como para la propuesta de implementación de un programa piloto. Las fuentes de búsqueda han sido bases de datos científicas, páginas webs de organismos nacionales e internacionales y libros y documentos.

### 5.1 Bases de datos

- CINHAL: Base de datos de investigación en enfermería y profesiones relacionadas. Cubre las disciplinas de enfermería, biomedicina, medicina alternativa y complementaria, salud etc.  
Palabras clave: reconciliación.
- PUBMED: Portal de información biomédica desarrollado por la U.S. National Library of Medicine del National Institutes of Health. Incluye la base de datos bibliográfica Medline, (Base de datos bibliográfica de temas médicos, que recoge solo artículos de revistas científicas).  
Palabras clave: conciliación, errores de medicación, seguridad del paciente.
- DIALNET: Base de datos de contenidos científicos hispanos liderada por la Universidad de La Rioja, en la que colaboran más de 20 universidades españolas e hispanoamericanas. Recoge artículos de revistas, documentos de trabajo, partes de libros colectivos, tesis doctorales, referencias de libros, etc.  
Palabras clave: prescripción electrónica.
- GOOGLE ACADÉMICO: Base de datos de Google que realiza búsquedas dentro de los materiales relacionados con la investigación académica y la docencia universitaria, albergados en universidades, centros de investigación, repositorios institucionales, editores de publicaciones científicas, etc. Se pueden encontrar artículos de revistas científicas, tesis, libros, trabajos académicos, proyectos y una gran variedad de documentos.  
Palabras clave: conciliación, multidisciplinar, enfermería en la conciliación, transición asistencial.

- TESIS EN LA RED: Portal cooperativo que funciona como repositorio de las tesis leídas en las universidades de Cataluña y también ofrece referencias y enlaces al texto completo de tesis leídas en otras universidades a través del protocolo OAI-PMH, con lo cual ofrece acceso a unas 100.000 tesis españolas. Mantenido por el Consorci de Serveis Universitaris de Catalunya (CSUC). Se puede buscar por texto o explorar por universidad.  
Palabras clave: conciliación de medicación.

## 5.2 Páginas webs

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Página web del Ministerio de Sanidad que trata temas acerca de los ciudadanos, profesionales, publicaciones y portal estadístico del SNS, así como la organización del SNS y de las CCAA. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/portada/home.htm>
- Instituto para el uso seguro de los medicamentos (ISMP España): El Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos es la delegación española del Institute for Safe Medication Practices (ISMP), organización multidisciplinar sin ánimo de lucro dedicada a promover la seguridad y mejorar la calidad del proceso de utilización de los medicamentos. Su finalidad es prevenir los errores de medicación y reducir los acontecimientos adversos por medicamentos. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/>
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH): La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, SEFH, es una organización científica, privada, activa y profesional, sin ánimo de lucro, dedicada a incrementar el estado del conocimiento sobre la farmacia hospitalaria y cuyas acciones deben incrementar el uso adecuado y seguro de los medicamentos. Disponible en: <http://www.sefh.es/default.php>
- Organización Mundial de la Salud (OMS): La misión de esta organización es ejercer el liderazgo mundial en materia de salud pública, y para ello emplea especialistas en salud, médicos, científicos y epidemiólogos, además de expertos en administración y finanzas, sistemas de información, economía, estadísticas sanitarias y preparación y respuesta ante emergencias. Disponible en: <http://www.who.int/es/>
- GuiaSalud: Organismo del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el que participan las 17 Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad, fue creado en el 2002 y adoptado en 2003 por el Consejo Interterritorial como instrumento para mejorar la calidad de la atención sanitaria en el SNS. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=f1a7f04e6380e0ecc4356332619>



### 5.3 Libros y documentos

- Navarra. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (2016) Evaluación y Despliegue Estrategia Navarra Atención Integrada a pacientes Crónicos y Pluripatológicos.
- Ortiz Belda, J.L. (2014) Máster de farmacoeconomía y farmacovigilancia en el seguimiento farmacoterapéutico. Módulo VIII. Universidad de Valencia.
- Trapero Gimeno, I., Merelles Tormo, A., Buigues González, C., Bonal Sarrió, A., y Escrivá Julio, R. Máster en prescripción enfermera y seguimiento farmacoterapéutico para enfermería. Módulo III. Universidad de Valencia.
- Brage Serrano, R., Trapero Gimeno, I., Pelechano Ribes, F., Gómez Rubio, P., y Martínez Sabater, A. Máster en prescripción enfermera y seguimiento farmacoterapéutico para enfermería. Módulo IV. Universidad de Valencia.
- Sarriá Chust, B., Estañ Yago, L., Blesa Jarque, J., Bonal Sarrió, A., Escrivá Julio, R., y Calleja Hernández, M.A., Máster en prescripción enfermera y seguimiento farmacoterapéutico para enfermería. Modulo V. Universidad de Valencia.

## 6. DESARROLLO

### 6.1. Conciliación

#### 6.1.1 Concepto

Según la Real Academia de la Lengua Española se define como “acto de conciliar” “poner de acuerdo a dos o más personas o cosas”.

En derecho el “acto de conciliación” consiste en solucionar un conflicto mediante una sentencia.

“Arreglar, ajustar, concordar, coordinar” son algunos sinónimos de “conciliar”.

En términos médicos:

La conciliación de la medicación se define como, proceso el formal que consiste en valorar el listado completo y exacto de la medicación previa del paciente conjuntamente con la prescripción farmacoterapéutica después de la transición. Es decir, es un proceso protocolizado que compara y resuelve posibles discrepancias entre la medicación que el paciente tomaba antes del ingreso y la que se le prescribe en el centro hospitalario. (Páez Vives, F., Recha Sancho, R., Altadill Amposta, A., Montaña Raduá, R.M., Anadón Chortó, N., y Castells Salvadó, M. 2010, p.309)

A esta definición, Delgado Sánchez, O, et al., (2006) añade: “Si se encuentran discrepancias, duplicidades o interacciones entre el tratamiento crónico y el hospitalario, se deben comentar con el médico y, si procede, modificar la prescripción

médica. Toda discrepancia no justificada por el médico se considera un error de conciliación.”

El concepto de conciliación de la medicación está estrechamente asociado a los niveles asistenciales y a la transición asistencial.

### **6.1.2 Niveles asistenciales**

El sistema sanitario está formado por diferentes niveles asistenciales:

El primer nivel, Atención Primaria (AP) constituye la puerta de entrada al sistema. Según la OMS (Conferencia de Alma-Ata, 1978) “es la asistencia sanitaria esencial”. Geográficamente está dividido en zonas básicas de salud, cada zona básica cuenta con un centro de salud (CS) como infraestructura principal, (en algunas zonas básicas existen además del CS otras infraestructuras más pequeñas llamadas consultorios. Los profesionales que conforman el núcleo básico del Centro de Salud son: médico de atención primaria y pediatra, enfermería, trabajador social y administrativos. El centro de salud atiende al individuo, familia y comunidad mediante la prevención, promoción, curación y rehabilitación.

El segundo nivel corresponde a la Atención Especializada (AE) que se encarga de los procesos de salud complejos, integrando los recursos hospitalarios y extrahospitalarios. La estructura básica de la AE es el hospital, que puede ser general o dedicado a una especialidad concreta, de larga y media estancia (crónicos) o de corta estancia (agudos). Pueden ser de carácter público o de carácter privado. (Sistema Nacional de Salud SNS. 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

Cuando los pacientes, por el empeoramiento de su patología crónica (reagudización) o por un proceso agudo de enfermedad, acuden a urgencias o ingresan en el hospital, cambian de nivel asistencial, cambiando así el responsable sanitario de los mismos.

Según (Juvany, R, et al., 2012, p.672) “se entiende por transiciones asistenciales el momento del ingreso en el hospital, el periodo perioperatorio, los traslados interhospitalarios, el momento del alta y la asistencia en urgencias”.

La OMS ha fomentado el establecimiento de políticas de conciliación de la medicación en las diferentes transiciones asistenciales, al considerarlas un punto clave en materia de seguridad clínica del paciente. Diversos estudios ponen de manifiesto que, en la transición asistencial, es donde más discrepancias puede haber entre la medicación crónica y la pauta por el especialista, ya que no hay una persona encargada o responsable de conciliar la medicación (Páez Vives, F, et al., 2010; Villamayor Blanco, L., Herrero Poch, L., De Miguel Bouzas, J.C., y Freire Vázquez, M.C., 2016)

La conciliación se debe realizar mediante un procedimiento normalizado y un registro que permita sistematizar el proceso como, por ejemplo, el listado completo de medicamentos, hábitos de automedicación, o historia de alergias. Para ello, se deben evaluar todas las fuentes de información posibles (historia clínica, prescripción de atención primaria, entrevista clínica) (Delgado Sánchez, O, et al., 2006)

### 6.1.3 Etapas del proceso de conciliación

Según el documento “Consenso 2009 sobre terminología, clasificación y evaluación de los programas de Conciliación de la Medicación” (Albarracín, 2014, p.13), las fases del proceso para la conciliación de medicación son:

- Elaboración de una lista de medicación previa del paciente. Es un proceso complejo que requiere la colaboración del paciente o del cuidador, que pueda valorar el cumplimiento del tratamiento. Se considera un punto crítico del proceso de conciliación ya que el resto del proceso dependerá de la calidad de la lista de medicación habitual obtenida.
- Revisión de la lista de medicación activa prescrita.
- Comparación y detección de discrepancias aparentemente no justificadas que requieren aclaración.
- Revisión con el prescriptor.
- Documentación de los cambios realizados.
- Elaboración de una lista de “medicación conciliada”.
- Comunicación de la lista conciliada.

El objetivo del proceso de conciliación es garantizar que todos los pacientes reciban todos los medicamentos necesarios, ya sean los de sus patologías crónicas o los prescritos en el centro hospitalario.

La conciliación se ha considerado como un punto débil en los centros sanitarios. Los errores de conciliación son frecuentes en los centros hospitalarios y, además, provocan rehospitalizaciones y visitas a los servicios de urgencias. Los programas de conciliación han demostrado su eficacia para reducir los errores de medicación y los costes, y contribuyen a la seguridad del paciente. Además, los estudios realizados sobre el tema muestran que dichos programas deben involucrar a todos los profesionales y a las direcciones de los hospitales. (Anoz Jiménez, L., Ferrer Ferrer, C., Becerril Moreno, F., Navarro De Lara, S., y Estaún Díaz de Villegas, E., 2010; Delgado Sánchez, O, et al., 2006; Moriel, M.C, Pardo, J., Catalá, R.M., y Segura, M., 2008; Vázquez Campo, M, et al., 2010)

## 6.2 Errores de medicación

### 6.2.1 Concepto

Según la Real Academia de la Lengua Española, “error” se define como “acto de equivocación u omisión en la práctica que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso (conjunto de incidentes y efectos adversos)”

Cuando a una persona se le prescribe una medicación, se espera obtener unos efectos beneficiosos y se asumen ciertos riesgos.

Los medicamentos pueden causar un daño grave o leve durante su uso terapéutico, lo que se denomina “acontecimiento adverso relacionado con el medicamento” (AAM), que puede ser prevenible o no:

- AAM prevenibles: Son aquellos AAM causados por errores de medicación. Suponen, por lo tanto, daño y error.
  - AAM potencial: cuando se produce un error medicación grave que no llega al paciente, por suerte o por ser detectado antes, y que, en caso de que hubiese alcanzado al paciente, podría haber causado daño.
- AAM no prevenibles: Son aquellos AAM que se producen a pesar del uso apropiado de los medicamentos (daño sin error) y se corresponden con las denominadas reacciones adversas a medicamentos (RAM).

El Consejo Nacional de Coordinación para la Notificación y Prevención de Errores de Medicación (NCCMERP por sus siglas en inglés) define error de medicación como “cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando estos están bajo el control de los profesionales sanitarios, paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con la práctica profesional, con los procedimientos o con los sistemas, incluyendo fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización”.

Reacción adversa a medicación (RAM), es todo efecto perjudicial y no deseado que se presenta después de la administración de un medicamento a las dosis normalmente utilizadas para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o con objeto de modificar su función biológica. Se considera que las RAM no suponen un mal uso de los medicamentos, es decir, que no se producen por un error (Grupo Ruiz Jarabo 2000, 2008; Otero López, M.J, et al., 2008)

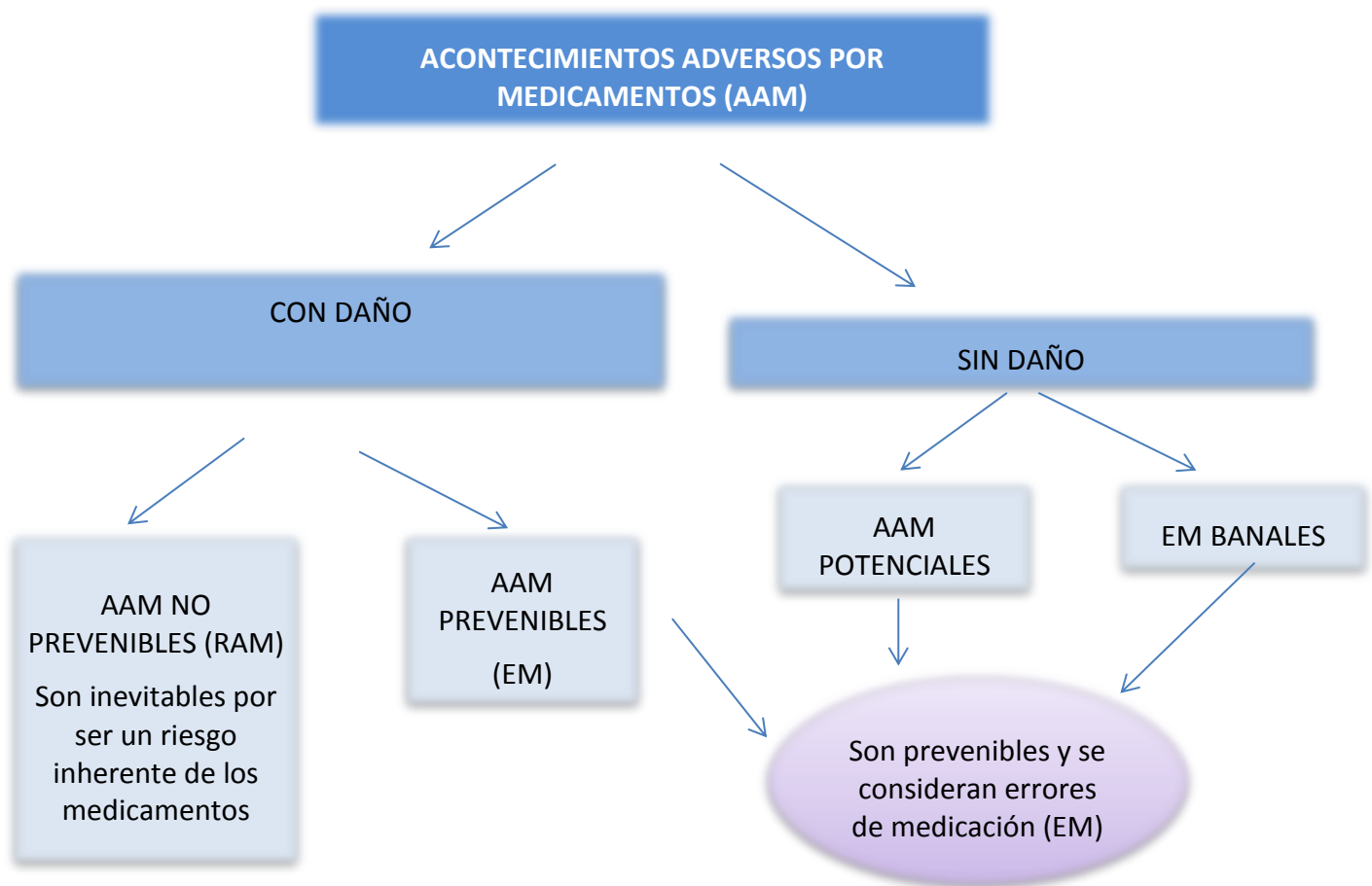


Figura 1. Clasificación de acontecimientos adversos por medicamentos. Fuente: Grupo Ruiz Jarabo, 2000, 2008; Otero López, M.J, et al., 2008. Modificada.

Otero López, M.J, et al., (2008) en representación del Grupo Ruiz-Jarabo 2000, elaboraron un documento llamado Actualización de la clasificación de errores de medicación donde, entre otros aspectos, se clasifica la gravedad clínica de las consecuencias que puede tener el error.

### 6.2.2 Categoría de gravedad clínica del error

- Error potencial:

- Categoría A: circunstancia con capacidad de causar error.

- Error sin daño:

- Categoría B: el error se produjo, pero no alcanzó al paciente.
- Categoría C: el error sí alcanzó al paciente, pero no hubo daño.
- Categoría D: el error sí alcanzó al paciente, no produjo daño pero precisó monitorización.

- Error con daño:

- Categoría E: el error causó daño temporal al paciente y precisó tratamiento o intervención.
- Categoría F: el error causó daño temporal al paciente y precisó ser hospitalizado o prolongó la hospitalización.
- Categoría G: el error causó daño permanente al paciente.
- Categoría H: el error comprometió la vida del paciente.

- Error mortal:

- Categoría I: el error causó la muerte del paciente.

Los incidentes relacionados con la medicación pueden tener muchas causas que están relacionadas con la práctica profesional, el sistema de trabajo, los procedimientos o el contexto de trabajo, por ejemplo, en momentos de crisis es mucho más fácil que se produzca un error que cuando todo está controlado. (Grupo Ruiz-Jarabo 2000, 2008. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos)

### *6.2.3 Causas de los errores de medicación*

Se considera que habitualmente, un error de medicación es producido por diferentes causas que, en mayor o menor medida, contribuyen al mismo. Entre ellas, podrían citarse las que se mencionan a continuación.

- ✓ Problemas de comunicación/interpretación: se producen, por ejemplo, cuando se dan las órdenes verbales de forma incorrecta, incompleta, no se entiende o se dan por teléfono. Asimismo, cuando se dan las órdenes de forma escrita y no se entiende la escritura. En ocasiones, se utilizan abreviaturas o la escritura de las cifras es incorrecta. Puede ocurrir que falte información relevante acerca de las alergias, o que la identificación del paciente sea incorrecta o incompleta.
- ✓ Confusión entre pacientes que pudiera coincidir en nombre, si la información de los mismos y su ubicación en la unidad de hospitalización se encuentra incompleta.
- ✓ Confusión en los nombres de los medicamentos: existen muchos medicamentos en el mercado, en ocasiones, medicamentos muy diferentes con similitud ortográfica. Algunos medicamentos son prescritos por su nombre genérico y otros, por el nombre comercial. Es importante asegurarse siempre, y si es necesario varias veces, de lo que se prescribe y administra.

- ✓ Problemas con el etiquetado/envasado o información del producto: las presentaciones de los medicamentos (en forma de comprimido, polvos, soluciones, etc.), pueden tener formas, colores y tamaños similares. Por otra parte, algunos etiquetados en el embalaje o en el acondicionamiento primario pueden llevar a error por apariencia, símbolos similares o etiquetas incompletas o incorrectas.
- ✓ Problemas con equipos y dispositivos de dispensación/preparación/administración: utilizar equipos no adecuados para la administración del fármaco, confusión entre los dispositivos que porta el paciente (sondas, catéteres...), fallos en los sistemas de infusión etc.
- ✓ Factores individuales, como la falta de conocimientos sobre el medicamento o el paciente, despistes humanos, errores de cálculo, situaciones humanas como el cansancio, el estrés o la sobrecarga de trabajo. (Otero López, M.J, et al., 2008. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos)

Todas estas causas por sí solas, o la confluencia de ellas, pueden dar lugar a errores de medicación. Resulta fundamental, siempre a la hora de administrar una medicación, utilizar la regla de los cinco correctos:

- Paciente correcto
- Dosis correcta
- Vía de administración correcta
- Fármaco correcto
- Horario correcto

#### *6.2.4 Factores que contribuyen a los errores de medicación*

Las causas de los errores de medicación son múltiples pero existen varios factores que, cada vez, los hacen más frecuentes:

- ✓ Enfermedades concomitantes y polimedicación

Con el aumento de la esperanza de vida, y la prevalencia de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, cada vez hay más pacientes pluripatológicos. Esto hace que los pacientes sean atendidos por más de un especialista y, por tanto, exista más posibilidad de discordancia entre ellos. En caso de que se produzca un proceso de hospitalización, el paciente requerirá atención especializada para su problema agudo, pero esto no debe interrumpir sus cuidados crónicos.

✓ Falta de registros únicos de salud

Este punto, hoy en día, se está subsanando porque existen, en la mayoría de hospitales, registros únicos de salud, compartidos por todos los profesionales que atienden al paciente, a los cuales se tiene acceso desde atención primaria y especializada, como son la historia clínica y la prescripción electrónica, de la que hablaremos más tarde. Por tanto, este factor como tal no se puede considerar ya como un factor de riesgo para los errores de medicación si se utilizan los recursos de forma adecuada.

✓ Situación al ingreso hospitalario

Este factor se da, particularmente, en servicios de urgencias, donde la mayoría de las patologías son tiempo-dependientes y requieren una actuación inmediata. En tales situaciones no hay tiempo para elaborar una historia farmacoterapéutica completa. En otros casos de ingreso para cirugía programada, el facultativo no ve al paciente hasta el momento previo a la cirugía, realizando las prescripciones inmediatamente después de la intervención quirúrgica.

✓ Adaptación a la guía del hospital

La medicación crónica del paciente se debe adaptar a la guía farmacoterapéutica del hospital. Por lo tanto, con frecuencia, se modifican los medicamentos y esto puede causar discrepancias involuntarias.

✓ Características de la estancia hospitalaria

La tendencia a acortar la estancia hospitalaria hace necesaria un alta del paciente cada vez más precoz y en una situación más crítica, lo que favorece que el alta se produzca con más medicación y en una situación más compleja. (Delgado Sánchez, O, et al., 2006)



### 6.3. Frecuencia de errores de conciliación

En el informe sobre “Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020”, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se recogieron varios datos referentes a la seguridad del paciente relacionados con el uso de medicamentos, obtenidos a partir de diferentes estudios efectuados en distintos ámbitos sanitarios. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016)

En el estudio ENEAS, llevado a cabo en ámbito hospitalario, se observa que el 9,3% de pacientes hospitalizados sufre un evento adverso y, de estos, el 37,4% está relacionado con el uso de los medicamentos, por encima de las infecciones nosocomiales y los problemas derivados de procedimientos quirúrgicos. Un 34,8% de los eventos relacionados con medicamentos se consideran evitables.

En el estudio APEAS, realizado en atención primaria, se estima que el 11,8% de los pacientes sufre un evento adverso, de los que se consideraron evitables el 64,3%, solo el 5,9% fueron graves y, de estos, la mayoría se produjo en el uso de medicamentos.

El estudio SYREC, desarrollado en pacientes críticos, constató que el 33,1% de los pacientes sufrió un evento adverso. De ellos, el 11,6% estaba relacionado con la medicación, por detrás de los cuidados y las infecciones nosocomiales. Más de la mitad de dichos eventos fueron prevenibles.

El estudio EVADUR se centró en servicios de urgencias, donde se apreció que el 7,2% de pacientes que acudía a los mismos sufrió un evento adverso. La mayoría se relacionó con el proceso de atención (46,2%) y, por detrás, con el uso de medicamentos (24,1%).

### Frecuencia de los eventos adversos por medicamentos en los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional

Estudio	Eventos adversos total (%pacientes)	Eventos adversos más frecuentes	Eventos adversos por medicamentos	
			Porcentaje respecto del total	Prevenibles (%)
<b>ENEAS</b>	9,3%	Medicación: 37,4% IAAS: 25,3% Procedimientos: 25%	37,4	34,8
<b>APEAS</b>	10,11%	Medicación: 47% Peor curso evolutivo de la enfermedad de base: 19,9% Procedimientos: 10,6%	47,8	59,1
<b>EARCAS</b>	Estudio cualitativo	Cuidados Medicación	-	-
<b>SYREC</b>	33,1%	Cuidados: 26% IAAS: 24% Medicación: 12%	11,6	58,9
<b>EVADUR</b>	7,2%	Proceso de atención: 46,2% Medicación: 24,1% Procedimientos: 11,7%	24,1	-

**ENEAS:** Estudio Nacional de Eventos Adversos relacionados con la hospitalización.

**APEAS:** Estudio de Eventos Adversos en Atención Primaria.

**EARCAS:** Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Socio sanitarios.

**SYREC:** Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico.

**EVADUR:** Eventos Adversos en Urgencias.

**EA:** Evento adverso.

**IAAS:** Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Tabla 1. Frecuencia de los eventos adversos por medicamentos en los estudios multicéntricos realizados a nivel nacional. Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016, p. 44. Modificada.

Otros hallazgos revelados en el informe sobre “Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020” (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016), facilitan la comprensión del problema que los errores de medicación suponen en nuestro país, se exponen a continuación:

- ✓ Entre un 1,4% y un 5,3% de pacientes hospitalizados sufrieron algún evento adverso motivado por errores de medicación. Los principales tipos de errores fueron la falta de prescripción de un medicamento necesario, la prescripción de dosis incorrectas o de un medicamento inapropiado, el seguimiento insuficiente del tratamiento y las interacciones entre medicamentos.
- ✓ Se estima que se producen una media de 17 errores al día por cada 100 pacientes hospitalizados (16% en la prescripción, 27% en la transcripción/validación, 48% en la dispensación y 9% en la administración). El 85% no alcanzó al paciente y solo el 0,35% causó daños. La omisión fue el error más frecuente en todos los procesos.
- ✓ Las tasas de error en la administración y preparación de medicamentos oscilan, según un estudio multicéntrico observacional entre el 18,2% y el 33,4% (excluyendo los errores por retraso en la administración).
- ✓ Más del 50% de los pacientes ancianos polimedicados puede sufrir errores de conciliación en el ingreso o en el alta hospitalaria. Los tipos de errores más frecuentes son la omisión de medicamentos y la diferencia en las dosis o en la pauta.
- ✓ Los errores de medicación motivaron entre un 4,7% y un 5,0% de los ingresos hospitalarios en unidades médicas. Los principales tipos de errores identificados, en este sentido incluyeron la prescripción de un medicamento inapropiado o de dosis elevadas, el seguimiento inapropiado, la falta de adherencia y la automedicación inapropiada.
- ✓ El coste estimado, en 2011, para el Sistema Nacional de Salud (SNS), de los eventos adversos evitables relacionados con la medicación en pacientes hospitalizados, más los que motivaron el ingreso hospitalario y consultas a urgencias, ascendería a 1.779 millones de euros aproximadamente (lo que representaría un 2,9% del gasto sanitario del SNS). (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016, p.50)

Así pues, a partir de los datos anteriores se objetiva que, en España, el porcentaje de eventos adversos relacionados con la medicación es elevado.

### **6.3.1. Errores de conciliación**

Dado su interés para el presente trabajo, a continuación se exponen las características de un tipo particular de errores de medicación: los denominados “errores de conciliación” (EC).

Se considera que, durante las transiciones asistenciales, cuando el paciente cambia de responsable sanitario, es particularmente vulnerable de sufrir un evento adverso relacionado con la medicación.

En este sentido, Delgado Sánchez, O, et al., 2006 indican que la mitad de los errores de medicación se producen en este tipo de situación, añadiendo que un 12% de los pacientes experimentan un evento adverso en las dos semanas posteriores al alta hospitalaria.

Algunos estudios evalúan y describen las discrepancias al conciliar la medicación, discrepancias que pueden ser justificados o no justificadas. Estas últimas se consideran “errores de conciliación”, es decir, si no se hubiesen detectado a tiempo, hubiesen conducido a un error de medicación y, por tanto, ocasionado un daño al paciente.

Por lo tanto cuando el paciente cambia de responsable es vulnerable de sufrir un evento adverso relacionado con la medicación, algunos estudios evalúan y describen las discrepancias al conciliar la medicación, estas discrepancias pueden ser justificados o no justificadas estas últimas se consideran errores de conciliación, es decir, si estas discrepancias no se hubiesen detectado a tiempo, hubiesen conducido a un error de medicación y por tanto ocasionado un daño al paciente, las discrepancias no justificadas de las que hablan la mayoría de los textos se exponen a continuación en la tabla 2. (Villamayor Blanco, L, et al., 2016)

## **Tipos de discrepancias de medicación detectadas en el tratamiento farmacológico al ingreso hospitalario**

### **No discrepancia**

### **Discrepancia justificada**

*Inicio de una medicación justificada por la situación clínica.*

*Decisión médica de no prescribir un medicamento o cambiar su dosis, frecuencia o vía, basada en la situación clínica.*

*Sustitución terapéutica según la guía farmacológica del hospital.*

### **Discrepancia que requiere aclaración/no justificada**

*Omisión del medicamento. Medicamento necesario para el paciente y no se ha prescrito, no existe justificación explícita o clínica para omitirlo.*

*Inicio de medicación. Se inicia un nuevo tratamiento y no hay explicación explícita ni clínica para iniciarlo.*

*Diferente dosis, vía, frecuencia. Se modifica alguno de estos aspectos sin justificación en la situación clínica u otras circunstancias, como función renal o hepática.*

*Diferente medicamento. Se prescribe un tratamiento diferente de la misma clase sin justificación clínica para la sustitución, ni razones de disponibilidad en la guía farmacoterapéutica del hospital.*

*Duplicidad. El paciente presenta duplicidad entre los medicamentos crónicos o entre la medicación prescrita en el hospital.*

*Interacción. El paciente presenta una interacción clínicamente importante entre los medicamentos crónicos o entre la medicación crónica y la prescrita en el hospital.*

*Medicamento no disponible en el hospital. Prescripción de medicación crónica no disponible en el hospital sin realizar intercambio terapéutico.*

*Prescripción incompleta. La prescripción del tratamiento crónico se realiza de forma incompleta y requiere aclaración.*

Tabla 2. Tipo de discrepancias de medicación detectadas en el tratamiento farmacológico al ingreso hospitalario. Fuente: Villamayor Blanco, L, et al., 2016, p.337. Modificada.

A continuación, para ilustrar la clasificación expuesta, se muestran algunos ejemplos de errores de medicación, extraídos a partir del documento “Conciliación de la medicación” del Servicio Vasco de salud-Osakidetza. (2013)

- ✓ Paciente en tratamiento con Sintrom® que ingresa para realización de una intervención quirúrgica en un hospital de la red. En el informe de alta no aparece pautado Sintrom®, cuya indicación sigue vigente.
- ✓ Paciente que es dado de alta de un hospital con un informe en el que consta la medicación que tomaba el paciente hace aproximadamente 3 años, tras el alta de otro hospital de la red. Durante todo este tiempo la medicación se ha modificado y está actualizada en Osabide AP.
- ✓ Paciente en tratamiento con esomeprazol, entre otros medicamentos, a quien tras acudir a un servicio de urgencias se le pauta Vimovo® (asociación de naproxeno 500 mg con esomeprazol 20 mg de administración 2 veces al día). No se advierte al paciente de la duplicidad, por lo que el paciente toma los dos medicamentos.
- ✓ Paciente en tratamiento con dutasterida y tamsulosina como monofármacos. En una consulta del segundo nivel se le pauta Duodart®, asociación de dutasterida y tamsulosina, sin advertir al paciente que esta presentación sustituye a las anteriores, lo cual genera dudas en el paciente, que se plantea si esta nueva medicación es compatible con los tratamientos que estaba tomando previamente.

Varios trabajos mencionan que existen grupos de medicamentos que provocan más errores de conciliación; los que aparecen señalados en la figura 3 y en la tabla 3

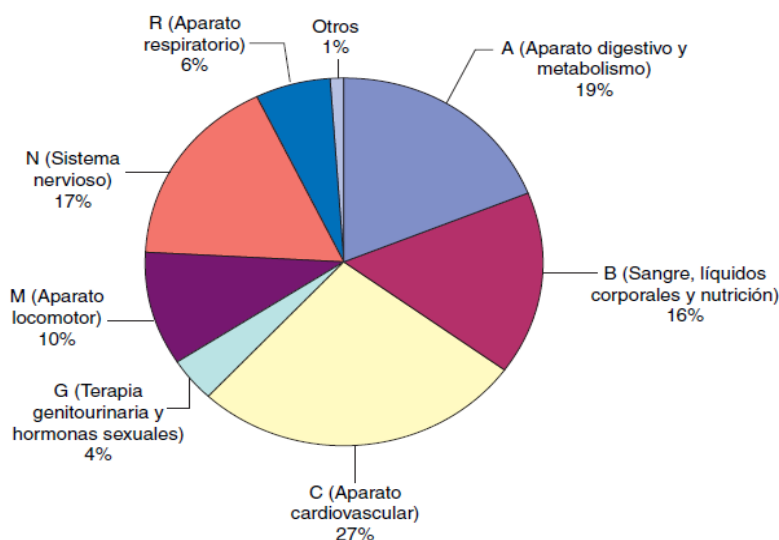


Figura 2. Descripción de los grupos farmacoterapéuticos implicados en los errores de conciliación. Fuente: Alfaro Lara, E.R, et al., 2013, p.106.

Distribución de los errores de conciliación identificados por la enfermera por grupo farmacoterapéutico		
Grupo farmacoterapéutico	Errores de conciliación	
	n	%
Sistema Cardiovascular	13	35,1
Sangre y órganos hematopoyéticos	7	18,9
Sistema Nervioso	6	16,2
Tracto alimentario y metabolismo	3	8,1
Preparados de hormonas sistémicos (excepto hormonas sexuales)	2	5,4
Antiinfecciosos	2	5,4
Sistema respiratorio	2	5,4
Sistema Genitourinario y Hormonas sexuales	1	2,7
Agentes Antineoplásicos e inmunomoduladores	1	2,7
Total	37	100

Tabla 3. Distribución de errores de conciliación identificados por la enfermera por grupo farmacoterapéutico. Fuente: Anoz Jiménez, L, et al., 2010, p.5. Modificada

### 6.3.2 Estudios acerca de conciliación en distintos niveles de asistencia

Diferentes estudios analizan la incidencia de errores de conciliación en pacientes con características concretas y en distintos niveles asistenciales.

Seguidamente, se expone alguno de los resultados obtenidos en dichos trabajos.

#### - En pacientes pluripatológicos

A) Alfaro Lara, E.R, et al., (2013) realizaron un estudio en pacientes pluripatológicos, en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Un paciente pluripatológico (PP) es aquel que padece enfermedades crónicas encuadradas en dos o más de las ocho categorías de la clasificación de Ollero y cols (Unidad de Pacientes Pluripatológicos, 2009, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). En los servicios de Medicina Interna, los pacientes pluripatológicos suponen un porcentaje bastante alto (38,9%) del total de ingresos.

Se identificó un total de 114 pacientes, detectándose errores de conciliación en el 75,4% de ellos. En cuanto a su gravedad, la mayoría (74,45%) fueron categorizados como C y D (el error no alcanza al paciente o no le produjo daño pero sí requirió monitorización para comprobarlo). Se analizaron 1397 fármacos en los cuales, se detectaron 234 discrepancias; 184 se consideraron errores de conciliación y la mayoría de ellos (139) constituyeron errores por omisión.

Los autores del texto señalan que el paciente pluripatológico posee unas características que le hacen ser susceptible de un número elevado de errores de medicación como, por ejemplo, la edad avanzada y el deterioro cognitivo, que reduce su control sobre la medicación. Además, sus patologías suelen provocar mayor número de reingresos, muchos de ellos a través de los servicios de urgencias. Por otra parte, se trata de pacientes polimedicados ya que necesitan medicación para cada una de sus patologías crónicas, lo que contribuye a aumentar el número de errores de medicación. En este sentido, estudios de Rodríguez Vargas, T., y colaboradores (2011) constataron que el número de discrepancias era de 0,61 en pacientes no polimedicados, mientras que ascendía a 2,02 en pacientes polimedicados.

#### *- Al ingreso hospitalario*

A) El trabajo realizado por Delgado Sánchez, O, et al., (2009) en el Hospital Universitario Son Dureta de Palma de Mallorca, incluyeron 603 pacientes ancianos polimedicados, de los cuales el 52,7% presentaron al menos un error de conciliación. De las 3991 prescripciones realizadas, el 59% no registró discrepancias, mientras que se detectó un 24% de discrepancias justificadas y un 16% de discrepancias no justificadas, que afectaron al 13,9 % de los medicamentos. El error más frecuente fue por omisión (58%). En cuanto a la gravedad, el 78% no alcanzó al paciente o lo hizo, pero sin daño.

B) Contreras Rey, M.B., Arco Prados, Y., y Sánchez Gómez, E., (2016) realizaron una investigación en el Complejo Hospitalario Universitario de Huelva, en la que se incluyó a 220 pacientes, cuya prescripción suponía un total de 494 fármacos. Detectaron que el 59,5% de los pacientes presentaba alguna discrepancia en su medicación que requería justificación. El error más frecuente fue por omisión (86,2%), seguido por cambios en la posología (5,9%), mientras que el inicio de una medicación no justificada constituyó el 1,2%. Las discrepancias afectaron a más de la mitad de medicamentos prescritos (63%), existiendo mayor porcentaje en los servicios médicos que en los quirúrgicos. La autora señala, como limitación, que el estudio solo se realizó en las plantas donde estaba integrada la prescripción electrónica.

C) El estudio sobre la conciliación de medicación al ingreso, mediante prescripción electrónica asistida, publicado por Villamayor Blanco, L, et al., (2016) se llevó a cabo en el Hospital Povisa de Vigo. Se recogieron datos correspondientes a 23.701 pacientes (de los cuales el 65% poseía tratamiento farmacológico al ingreso), suponiendo 53.920 medicamentos. En el 14,5% de ingresos se encontró alguna discrepancia de medicación. Del total de fármacos conciliados, en el 0,8% (445) se detectaron discrepancias no justificadas. Al realizar el proceso de conciliación de la medicación, se corrigieron numerosos errores antes de la administración del medicamento,



consiguiendo conciliar la medicación en el 98% de los pacientes. Los autores señalan que la conciliación se limita a algunas unidades y que su implantación es baja.

D) El trabajo realizado por Moriel, M.C, et al., (2008), se desarrolló en un servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Móstoles, en pacientes mayores de 65 años con al menos una patología crónica además del motivo de ingreso. De los 358 pacientes que ingresaron, 84 cumplían los criterios de inclusión. Se encontraron 120 discrepancias en 60 de los 84 pacientes, lo que supone que el 71,4% de los pacientes con una media de 2 discrepancias/paciente. De estas 120 discrepancias el 59% (71) fueron no justificadas y, de estas, el 53,5% correspondieron a error por omisión, seguido de error de dosis o frecuencia.

E) Rentero, L, et al., (2014) compararon las causas de errores de conciliación en servicios médicos y quirúrgicos en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. En su estudio, se incluyeron 221 pacientes, de los cuales el 58,4% presentó, al menos, un error de conciliación. La incidencia de errores de conciliación fue 24,3% en servicios médicos y 43% en quirúrgicos. En ambos, el error más prevalente fue el de omisión.

	Servicios médicos	Servicios quirúrgicos
<b>221 pacientes</b>	91	130
<b>1018 medicamentos</b>	527	491
<b>Incidencia errores</b>	24,3%	43%
<b>Omisión del medicamento</b>	46,2%	50,8%

Tabla 4.Comparación entre servicios médicos y quirúrgicos. Fuente: Rentero, L, et al., 2014, pp.400-401.

En cuanto a su gravedad, la mayoría (55,7%) no causó daño al paciente, el 16,5% requirió monitorización, mientras que el 27,1% podría haber causado daño.

Se seleccionaron estos servicios porque se pensó que, por sus características, se podrían beneficiar más del proceso de conciliación. La prevalencia de errores se consideró alta en ambos. Como en otros estudios, el grado de aceptación por parte del médico fue alto (70,2% de las intervenciones) y la aplicación del proceso de conciliación demostró ser útil para evitar que los errores de conciliación alcanzaran al paciente.

#### **- Al alta hospitalaria**

A) Hernández Prats, C, et al., (2008) estudiaron 843 pacientes que recibieron el alta en el Hospital General de Elda (Alicante), seleccionando a pacientes polimedicados y pluripatológicos por ser considerados pacientes de mayor riesgo. Únicamente se pudo intervenir en 51,5% de ellos, detectando 249 errores de conciliación. A diferencia de otros estudios, se registraron más errores al alta (61,5%) que al ingreso (38,5%).

En el momento del alta, el 43% de las discrepancias se debieron a errores de omisión y el 42%, a prescripción incompleta. En cuanto a la gravedad de los mismos, la mayoría (67,3%) fue de categoría B, los que hubiesen causado daños temporales constituyeron un 27,7% y un 2% correspondió a categoría F.

Se considera que el momento del ingreso y el alta son transiciones asistenciales y por lo tanto puntos críticos para implementar la conciliación. (Hernández Prats, C, et al., 2008)

#### *- En servicios de urgencia (SU)*

Un trabajo realizado por Urbietta Sanz, E, et al., (2014) en el servicio de urgencias del Hospital General Universitario de Reina Sofía de Murcia, evaluó los resultados obtenidos tras implantar un procedimiento de conciliación en el mismo. Para ello, se seleccionó un total de 125 pacientes, considerados con elevados criterios de riesgo (el 85,6% polimedicados y el 88,8% pluripatológicos).

Se encontró un número de 564 discrepancias en la prescripción de los mismos, de las cuales 167 se consideraron errores de conciliación que afectaron al 71,9% de los pacientes. El error más frecuente fue por omisión de un medicamento necesario (71,7%). En este estudio, se intervino para subsanar el error antes de que afectase al paciente. De los errores detectados, el 58% hubiesen causado daño de haber llegado al paciente, un porcentaje bastante alto a criterio del autor.

El grupo READFASTER llevo a cabo un estudio en los servicios de urgencias de 11 hospitales españoles y se detectó que el 79% de los pacientes sufrió alguna discrepancia relacionada con la medicación. (Calderón Hernanz, B, et al., 2013)

En los servicios de urgencias, el manejo de la medicación resulta más complicado, por las características de las patologías del paciente. En este servicio, el factor tiempo es muy importante ya que muchas de las patologías que se atienden dependen de él. De este modo, realizar la conciliación de forma temprana puede ser más complicado, si bien es cierto que los servicios de urgencia originan muchos de los ingresos posteriores y un error en la prescripción puede tener consecuencias continuadas durante el ingreso, lo que conlleva una gran repercusión.

Por lo tanto, aunque la conciliación en urgencias sea un trabajo más costoso también puede suponer un mayor beneficio.

#### *Limitaciones y conclusiones de los estudios*

Es difícil comparar los estudios entre sí ya que los criterios de inclusión de pacientes difieren entre ellos y se pierde información sobre aquellos que son dados de alta antes de realizar la conciliación o se trasladan de servicio. Algunos no consideran distinciones en los tiempos de conciliación, pero otros la establecen en las primeras 24-48h de ingreso. Obviamente, difiere en los servicios de urgencias, ya que es inviable realizar una conciliación en estos tiempos porque los pacientes no pasan tantas horas en dicho servicio.

En cuanto a las similitudes encontradas, muchos de los estudios establecen como criterio de inclusión la edad ya que las personas de edad más avanzada con frecuencia

corresponden a paciente pluripatológicos-polimedicados, característica que se considera de mayor riesgo para sufrir errores de medicación. En algunos textos además de los grupos de fármacos que son susceptibles de provocar más errores de medicación, muestran también los grupos terapéuticos más frecuentes implicados en dichos errores; como se muestra en la figura 3.

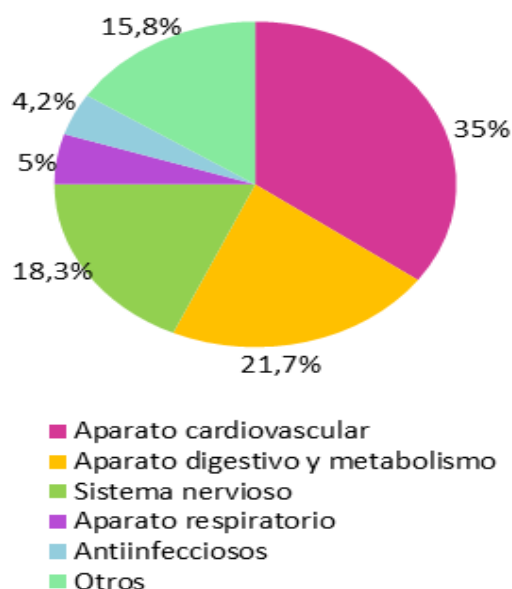


Figura 3. Grupos terapéuticos más frecuentes relacionados con discrepancias. Fuente: Moriel, M.C., 2008, p.67. Modificada.

En cuanto a los grupos terapéuticos en los que se han detectado mayor número de discrepancias o errores de conciliación, se incluyen los siguientes:

- En el estudio llevado a cabo en servicios de urgencias por Urbieta Sanz, E, et al., (2014) los fármacos asociados a más errores de conciliación fueron los digitálicos y antiarrítmicos, hormonas tiroideas y antiglaucoma.
- En el estudio de Alfaro Lara, E.R, et al., (2013) en pacientes pluripatológicos, destacaron los grupos del aparato cardiovascular, digestivo y metabolismo y sistema nervioso como los más afectados por errores.
- En el estudio efectuado por Contreras Rey, M.B, et al., (2016) los errores de conciliación fueron mayores, al ingreso hospitalario, en fármacos relacionados con el sistema cardiovascular, seguido del sistema nervioso y sangre.

Los estudios muestran que los errores de conciliación se producen en un porcentaje alto de pacientes, que puede oscilar entre el 75,4% (Alfaro Lara, E.R, et al., 2013) y el 52,7% (Delgado Sánchez, O, et al., 2009).

Por tanto, que este proceso de conciliación sirvió para detectarlos antes de su administración y que estos no llegasen a alcanzar al paciente.

En cuanto al tipo de error, casi todos los estudios muestran el error por omisión como mayoritario (Urbietta Sanz, E, et al., 2014; Rentero L, et al., 2014; Alfaro Lara, E.R, et al., 2013), alcanzando, en algún caso, el 86 % de los errores detectados (Contreras Rey, M.B, et al., 2016).

En los distintos estudios se muestra que el grado de aceptación de la conciliación por parte del médico prescriptor es alta, con porcentajes del 70,2% (Rentero L, et al., 2014), 73,9% (Urbietta Sanz, E, et al., 2014), y 88,7% (Moriel, M.C., 2008)

A nivel internacional, los estudios sobre discrepancias en la conciliación se han realizado en algunos países como EEUU, Canadá o Reino Unido y los resultados son contundentes: el porcentaje de pacientes con errores de medicación varía desde el 26,9 al 65% y afectan hasta un 70% de los medicamentos. Los estudios realizados al alta muestran que hasta un 60,1% de los medicamentos prescritos conllevan errores de conciliación. (Delgado Sánchez, O, et al., 2006)

#### 6.4. Métodos para mejorar la conciliación: La prescripción electrónica asistida

Son muchos los organismos internacionales que dan importancia a la seguridad del paciente como por ejemplo el Consejo de Europa, la Agencia Europea del Medicamento, el Instituto Americano de Medicina o la Organización Mundial de la Salud.

Varias organizaciones internacionales recomiendan una serie de prácticas a realizar para mejorar la seguridad del paciente, dentro de las cuales se encuentra la conciliación de la medicación en la transición asistencial.

- ✓ La Agencia de Investigación y Calidad de la Salud (Agency for Healthcare Research and Quality Evidence. AHRQ) en el documento “Análisis de prácticas seguras para el paciente” (Analysis for Patient Safety Practises) (2013), aconseja la conciliación de la medicación.
- ✓ El Foro de Calidad Nacional (National Quality Forum. NQF) en el documento “practicas seguras para mejorar el cuidado de la salud” (Safe Practises for better health care PSP for better healthcare) (2010), recomienda la conciliación en la transición asistencial.
- ✓ La Comisión de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organización. JCAHO) en el documento “Objetivos Nacionales de Seguridad del Paciente” (National Patient Safety goals) (2014), aboga por la conciliación de la medicación.
- ✓ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento “soluciones en seguridad del paciente” (2007) aconseja la conciliación de la medicación en la transición asistencial.

Además dentro de las prácticas, relacionadas con el uso seguro de medicamentos, que estos mismos organismos recomiendan se encuentran:

- ✓ Implantar programas de prescripción electrónica con sistemas de ayuda a la decisión clínica.
- ✓ Integrar al farmacéutico clínico en la validación de todas las prescripciones, y favorecer su incorporación en los equipos asistenciales.
- ✓ Conciliar la medicación– Obtener una historia fármacoterapéutica completa del paciente– Conciliar la medicación al ingreso y alta– Conciliar la medicación en los traslados entre unidades– Proporcionar información escrita sobre la medicación al alta. (Estrategia de seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015, pp. 35 y 52)

La prescripción electrónica es una tecnología introducida recientemente que permite al médico, prescribir el tratamiento directamente en un programa informático a través de un dispositivo electrónico (Ordenador, PDA, Tablet...), evitándose, tanto la transcripción del fármaco como la de enfermería. Su objetivo es disponer de una herramienta segura y eficaz para la prescripción electrónica de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando transcripciones posteriores de la misma para los pacientes ingresados y ambulatorios (hospital de día y urgencias). (Prescripción electrónica asistida. Sociedad Española de Farmacia hospitalaria)

La prescripción electrónica asistida incorpora programas informáticos de soporte que ayudan a la toma de decisiones clínicas, favorecen la reducción de errores derivados de una prescripción incorrecta y pueden facilitar el seguimiento de los tratamientos. Las aplicaciones informáticas también pueden proporcionar la información y las instrucciones necesarias para la correcta administración de los medicamentos. (Estrategia de seguridad del paciente. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015)

La prescripción electrónica evita que los profesionales tengan que descifrar números o nombres de fármacos, por lo que se evitan muchos errores por transcripción, es rápida ya que se puede realizar de cualquier dispositivo electrónico y la información llega de manera instantánea. Estos programas permiten disponer de toda la información de relacionada con la medicación del paciente, la correspondiente a atención primaria y especializada, y al mismo tiempo está disponible para todos los profesionales que intervienen en el cuidado del paciente.

Constan de numerosas alertas que actúan como mecanismos de seguridad, en cuanto a alergias, nuevas prescripciones o suspensiones de medicamentos, interacciones, modificaciones, etc. Al disponer fácilmente de toda la información del paciente, se favorece la conciliación de la medicación, pues permite la revisión y validación del listado completo de medicamentos. (Delgado Sánchez, O, et al., 2006; Villamayor Blanco, L, et al., 2016)

Según afirma Subiela García, J.A, et al., (2015) “La prescripción electrónica asistida (PEA) junto con un ambiente de trabajo sin distracciones son prácticas de seguridad vitales para reducir los errores de medicación. La prescripción electrónica asistida se considera una medida básica para disminuir los errores de medicación e incrementar la eficiencia y la seguridad en los procesos asistenciales, pudiendo llegar a una reducción del 65% de los errores de medicación y, en algunos casos, hasta el 80%”. (Subiela García, J.A., Abellon Ruiz, J., García Guillen, M.J., Díaz Martínez, A.M., Pérez García, M.M., 2015)

### 6.5. La conciliación como proceso multidisciplinar

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), en su documento “2020 hacia el futuro con seguridad” incorpora, entre sus objetivos estratégicos para el año 2020, la existencia en el 100% de los hospitales de procedimientos normalizados de conciliación de medicación habitual tanto al ingreso como al alta. (Calderón Hernanz, B, et al., 2013)

Según señala Páez-Vives, F, et al., (2010), “El abordaje interdisciplinar ha supuesto un beneficio mayor que si se hubiese realizado de forma unilateral”

Los estudios revisados recalcan la importancia de la conciliación como tarea multidisciplinar, integrándola en las actividades diarias, de tal forma que los profesionales se impliquen más en la detección de errores de medicación. Según Calderón Hernanz, B, et al., (2013), es una necesidad y un estándar de calidad de los centros sanitarios según las recomendaciones de organismos internacionales-

Villamayor Blanco, L, et al., (2016) expone que, a través de la implantación de ayudas informáticas y un abordaje multidisciplinar, se consigue realizar la conciliación de la medicación, al ingreso, al 98% de los pacientes, apreciando errores de conciliación únicamente en el 1,3% de los pacientes.

En el presente trabajo, además de verificar que la conciliación multidisciplinar es elemento clave para reducir los errores de medicación, se pretende mostrar que el papel del profesional de enfermería es importante en este proceso.

Diversos autores se manifiestan, en este sentido, con afirmaciones como las que se citan a continuación:

1. La implementación exitosa requiere el apoyo de directivos, la implicación de los médicos y enfermeros y la colaboración de los farmacéuticos, además de realizar sesiones docentes formativas. (Calderón Hernanz, B, et al., 2013)
2. El responsable del proceso de conciliación debe poseer suficiente conocimiento y experiencia en el manejo de la medicación, siendo generalmente personal de enfermería, médicos o farmacéuticos. (Villamayor Blanco, L, et al., 2016)
3. El estudio Jack 2009 señala, como pilares básicos de la intervención, la gestión de enfermería, la formación del paciente y el seguimiento telefónico por parte del farmacéutico. Demuestra que se hace necesaria la aprobación y gestión por parte de una enfermera/o para educar a los pacientes y conciliar la medicación,

dando lugar a un menor número de visitas al servicio de urgencias y rehospitalizaciones. (Vázquez Campo, M, et al., 2010)

4. Para realizar la conciliación, ha sido siempre importante la actuación de enfermería. El primer paso para la conciliación es la obtención y documentación precisa de los medicamentos en las historias clínicas. Este trabajo con frecuencia lo realiza enfermería. En segundo lugar, cuando deben conciliarse las discrepancias, la enfermera tiene la obligación de asegurar que esta fase se lleve a cabo y facilitar que se produzca, así como comunicar la lista de medicamentos y educar al paciente al alta, para favorecer su autonomía. (Vázquez Campo, M, et al., 2010)
5. En el estudio llevado a cabo por Anoz Jiménez, L, et al., (2011) se instauró en un Hospital de Ibiza, un método para la mejora de los errores de medicación, la creación de la unidad FACE. Dicha unidad tiene como objetivo “promoción de una farmacoterapia efectiva”. Está formada por un equipo multidisciplinar (2 profesionales de farmacia y 1 profesional de enfermería) y da especial importancia al profesional de enfermería, que tiene asignadas 5 actividades específicas, consensuadas y protocolizadas. Estas actividades se desarrollan en diferentes etapas de la hospitalización. En este estudio se ha demostrado que el profesional de enfermería puede contribuir a la identificación de oportunidades de mejora.

Los trabajos de abordaje interdisciplinar de la conciliación con enfermería, medicina y farmacia son mayoritarios en la literatura. (Páez-Vives, F, et al., 2010)

Todos ellos recalcan la importancia del papel de la enfermera como uno de los pilares del método de conciliación de medicación. Enfermería tiene competencias suficientes para integrarse en el equipo multidisciplinar, ya que maneja la medicación, tiene conocimientos suficientes acerca de los fármacos y está en contacto directo con el paciente. Dentro de los deberes enfermeros se encuentra el colaborar con el equipo sanitario para proporcionar un servicio eficiente y de calidad. Entre las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión enfermera se encuentra “proteger al paciente mientras esté a nuestro cuidado” (capítulo II, La enfermería, el ser humano y deberes enfermeros). En este sentido, ayudar a evitar errores de conciliación es proteger al paciente de posibles complicaciones.

Implantar un modelo de conciliación no es ni sencillo ni rápido, requiere de coordinación entre todos los profesionales e incluso la participación de las direcciones de los hospitales. Tampoco se puede utilizar un método estándar para todos los servicios ya que en algunos los tiempos de conciliación pueden “permitirse” ser más espaciados (24-48h son los tiempos que más se han visto en la conciliación al ingreso), en los servicios de urgencias ya hemos dicho anteriormente que esto es inviable que se debe realizar en menos tiempo ya que los pacientes no están tantas horas en este servicio. Además hay algunos estudios que muestran recomendaciones sobre algunos fármacos que debieran ser conciliados en las primeras 4h.

En los estudios de Delgado Sánchez, O, et al., (2006) y Calderón Hernanz, B, et al., (2013) exponen los fármacos que se recomiendan conciliar en menos de 4h y 24h, además este último dice que si el paciente va a permanecer menos de 24h en el servicio se deben priorizar los fármacos cuyo tiempo de conciliación es menor, (medicamentos de alto riesgo o de corta actividad plasmática).

Tiempo en el que se debe realizar la conciliación de la medicación según el tipo de medicamentos	
Conciliación en 4H	Conciliación en 24H
Analgésicos	AINE
Antianginosos	Anticoagulantes
Antiarrítmicos	Antidepresivos
Antibióticos	Antihipertensivos
Anticomiciales	Antineoplásicos
Antihipertensivos (dosis múltiples diarias)	Antiplaquetarios
Antirechazo	Antipsicóticos
Colirios y pomadas oftalmológicas	Anticonceptivos orales
Hipoglucemiantes orales (dosis múltiples)	Diuréticos
Inhaladores	Electrolitos
Insulina	Hierro
	Hipoglucemiantes orales
	Hipolipemiantes
	Laxantes
	Medicación gastrointestinal
	Medicación tiroidea y medicación tópica
	Medicación tópica
	Tratamiento hormonal sustitutivo y vitaminas

Tabla 5. Tiempo de conciliación para diferentes grupos de fármacos. Fuente: Delgado Sánchez, O, et al., 2006. Modificada



Fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 h
ADO, si dosis múltiples diarias
Agonistas alfaadrenérgicos (clonidina, ,metildopa, moxonidina)
Agonistas betaadrenérgicos, bromuro de ipratropio y corticoesteroides inhalados
Antiarrítmicos (amiodarona, quinidina, disopiramida, dronedarona)
Antibióticos
Antiepilépticos y anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, ácido valproico, oxcarbazepina, fenobarbital, pregabalina, topiramato)
Antiretrovirales
Azatioprina
Betabloqueantes
Calcio antagonistas
Ciclofosfamida
IECA o ARA-II, si dosis múltiples diarias
Inhibidores leucotrienos (montelukast, zafirukast)
Insulina
Metotrexato
Nitratos
Terapia ocular

Tabla 6. Fármacos cuyo tiempo de conciliación es inferior a 4 h. Fuente: Calderón Hernanz, B, et al., 2013, p.207. Modificada.

La mayoría de estudios han realizado las conciliaciones con criterios de inclusión sobre todo aquellos pacientes que más se pueden beneficiar de esta (pluripatológicos), también se ha demostrado que los programas de prescripción son una ayuda para esta, aunque en algunos casos no evite la anamnesis al paciente, el disponer de la información recogida en un sistema informático puede agilizar el proceso.

## 7. PROPUESTA DE ESTUDIO PILOTO

Se pretende diseñar un estudio piloto, destinado a pacientes pluripatológicos mayores de 65 años, con el fin de evaluar un programa de conciliación al alta hospitalaria, destacando el papel de enfermería en el mismo.

### PROBLEMA DETECTADO

Según los datos obtenidos en la bibliografía, la frecuencia de errores de medicación afecta a un alto porcentaje de los pacientes, sobre todo a los pluripatológicos, que por su condición de padecer varias enfermedades crónicas presentan un consumo de fármacos más elevado, por lo que aumentan las posibilidades de sufrir errores de medicación. Existen numerosos trabajos que muestran que la conciliación de los medicamentos es eficaz para garantizar que el paciente recibe toda la medicación necesaria y correcta.

### FACTORES DE RIESGO

Los cambios en el nivel asistencial constituyen un factor de riesgo importante para que se produzcan errores de medicación. Cuando cambia de responsable sanitario, el paciente es más vulnerable de sufrir un error.

### OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Objetivo general:

- ✓ Disminuir los errores de medicación producidos en la transición asistencial, al alta hospitalaria.

Objetivos específicos:

- ✓ Determinar la frecuencia de errores de medicación.
- ✓ Comprobar la eficacia del programa.
- ✓ Verificar la satisfacción de los profesionales con la nueva metodología.

### POBLACIÓN DIANA (DE INTERVENCIÓN)

Pacientes pluripatológicos mayores de 65 años, hombres y mujeres indistintamente, que ingresan y son dados de alta durante el mes de marzo de 2018.

### LUGAR Y DURACIÓN TEMPORAL

Planta de hospitalización médica o quirúrgica, a concretar, en un hospital de corta estancia.

Desde 15 febrero de 2018 hasta 31 mayo 2018.

## DESARROLLO DEL PROGRAMA

El pilotaje se dividirá en 3 fases

### Fase 1: Presentación del proyecto y selección de profesionales

Antes de implantar el proyecto es necesario seleccionar el servicio en el cual se va a realizar y los profesionales que van a formar parte del equipo. Se seleccionará una planta de hospitalización quirúrgica o médica de un hospital de corta estancia.

Considerando la conveniencia de un equipo multidisciplinar, se integrará por un médico, un enfermero y un farmacéutico. El estudio se realizará de lunes a viernes, en horario de mañana.

La reunión inicial se llevará a cabo en el mes de febrero, con la supervisora y el jefe médico de sección de la planta seleccionada para el estudio piloto, y el jefe de farmacia, así como con un representante de la dirección de hospital, ya que es necesaria la aprobación por parte de la misma para la implantación del programa.

En la reunión, se expondrán los objetivos del mismo y su metodología. Es necesario contar con la supervisión de la planta y la supervisión de la unidad de farmacia ya que, al ser un estudio realizado en el turno de mañana, por ser el momento del día en que más altas se dan, es preferible que los profesionales participantes sean aquellos que tengan turnos fijos de mañana. Además, la introducción del programa va a requerir reorganizar las tareas de la planta, por lo que es necesaria la autorización y la colaboración de la supervisora de dicha unidad.

Una vez seleccionados los profesionales, se desarrollará una sesión de explicación de las características del programa, las tareas asignadas a cada uno de ellos y el modo de utilizar los documentos de conciliación.

### TAREAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

<i>Identificar a los pacientes que cumplen los criterios de inclusión.</i>
<i>Elaborar una lista con la medicación crónica, la prescrita en el hospital y establecer una entrevista clínica con el paciente.</i>
<i>Registrar los datos en la hoja de conciliación.</i>
<i>Proporcionar al profesional de farmacia la hoja de conciliación.</i>
<i>Documentar todas las discrepancias detectadas.</i>
<i>Informar al médico prescriptor de las discrepancias observadas en la medicación y las posibles recomendaciones propuestas por el profesional de farmacia.</i>

## TAREAS DEL PROFESIONAL DE FARMACIA

*Identificar si existen discrepancias en la hoja de conciliación cumplimentada por el profesional de enfermería.*

*Establecer posibles recomendaciones de cambios en la medicación del paciente y documentarlas.*

### **Fase 2: Ejecución del programa piloto**

Duración prevista: desde el 01-03-2018 hasta el 31-03-2018

Los pasos a seguir, en el trabajo diario, serían los siguientes:

#### Identificación de pacientes, y registro en la “lista de pacientes diana”.

Por la mañana, a primera hora, se deben registrar todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en “la lista de pacientes diana”, que será visible para todo el equipo del servicio, y se debe actualizar cada día, revisando los nuevos ingresos.

#### Listado de pacientes

Comunicar a las enfermeras y enfermeros del servicio, el listado de los pacientes participantes en el programa. Este punto es importante porque, después, ellos tendrán que notificar al profesional encargado de la conciliación las altas de estos pacientes de “la lista”, si las hubiere.

#### Revisión de las historias clínicas

Para agilizar el proceso, después de haber actualizado “la lista”, el profesional de enfermería encargado de la conciliación debe revisar la medicación crónica de cada paciente diana y cumplimentar el apartado de “medicación crónica”, así como indicar alergias e intolerancias, en la hoja de conciliación (Anexo 1).

#### Establecer una entrevista con cada paciente

Tras haber realizado la revisión de medicación crónica, se establece la entrevista con el paciente/familia/cuidador para identificar la medicación que toma (ver si existe alguna discordancia entre lo que dice el paciente y lo prescrito en historia clínica), posible automedicación, suplementos dietéticos o medicamentos herbolarios u homeopáticos, y también discordancias en cuanto a alergias o intolerancias. Todos estos datos deben incorporarse en el apartado correspondiente de la hoja de conciliación (Anexo 1).

#### Pase de visita

Tras el pase de visita, los enfermeros y enfermeras responsables de los pacientes participantes en el programa deben comunicar, al profesional encargado de la conciliación, las altas que se dan a los pacientes identificados en la “lista de pacientes diana”.

#### Prescripción hospitalaria

Revisar la prescripción médica hospitalaria utilizando el programa de prescripción electrónica asistida e incorporarla en el apartado de “prescripción hospitalaria” de la hoja de conciliación (Anexo 1).

#### Búsqueda de discrepancias

Se enviará la hoja al profesional de farmacia, que será encargado de detectar posibles discrepancias y establecer las recomendaciones oportunas.

#### Comunicación al médico prescriptor

Una vez identificadas las discrepancias y establecidas las recomendaciones oportunas, el profesional de farmacia remitirá la hoja de conciliación, de nuevo, al profesional de enfermería encargado de la conciliación, que comunicará al médico prescriptor las recomendaciones efectuadas.

#### Documentar, registrar y clasificar

Para la fase de evaluación, es necesario que las discrepancias obtenidas y las recomendaciones efectuadas queden bien registradas, para su posterior análisis y evaluación del programa.

En este programa piloto, es importante que todos los profesionales del equipo acepten la nueva metodología de trabajo, ya que depende de todos ellos que el sistema funcione.

### **Fase 3: Evaluación**

La última fase se realizará entre los meses de abril y mayo de 2018. Para ello, se recogerán todas las hojas de conciliación. Se identificará el total de pacientes que participaron en estudio, y a cuántos de ellos se les detectaron discrepancias en su medicación, así como el número total de discrepancias y sus características. También se incluirá tipo, frecuencia de recomendaciones así como la aceptación de estas por parte del médico prescriptor. Es necesario realizar este análisis ya que es importante saber si realmente existen errores de medicación y, en ese caso, conocer el impacto de

los mismos y la capacidad del programa para detectarlos, con objeto de valorar la necesidad de implantación del programa. Hoja de análisis (Anexo 2).

Se elaborará un cuestionario de satisfacción con el programa, para los profesionales que han participado en él. Ello permitirá evaluar las dificultades que han tenido y las opciones de mejora (Anexo 3).

CRONOGRAMA		
FEBRERO	MARZO	ABRIL
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reunión con la dirección del hospital, la supervisión de la planta y el servicio de farmacia.</li> <li>✓ Establecimiento de objetivos y metodología, y selección de profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ejecución del Programa Piloto de Conciliación de la medicación en los pacientes ingresados y dados de alta entre 01-03-2018 y el 31-03-2018</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Análisis de la frecuencia de los errores de conciliación detectados a través del programa.</li> <li>✓ Evaluación del programa</li> </ul>

FEBRERO 2018

L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

MARZO 2018

L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

ABRIL 2018

L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23/30	24	25	26	27	28	29

MAYO 2018

L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

**CÓDIGO DE COLORES:**

INICIO DEL ESTUDIO/ REUNIÓN

EXPLICACIÓN DEL PROGRAMA, A LOS PROFESIONALES

PROGRAMA PILOTO

ANÁLISIS y EVALUACIÓN

## 8. DISCUSIÓN

La seguridad del paciente es un elemento clave de calidad asistencial. De hecho, diferentes instituciones sanitarias, nacionales e internacionales, se han implicado en fomentar dicho aspecto. Así, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad promueve la “Estrategia de la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud”. Dentro de los objetivos de la misma, se encuentra el uso adecuado de los medicamentos. A nivel internacional, la OMS, en un comunicado sobre seguridad del paciente, señala que los eventos adversos constituyen un problema de salud pública. Por su parte, el Instituto Americano de Medicina señaló, en 2007, que cada año ocurren 1,5 millones de eventos adversos prevenibles producidos por medicamentos. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015)

Los errores de medicación son una importante causa de morbilidad en pacientes hospitalizados (Urbietta Sanz, E., et al., 2014). En España, los errores de medicación constituyen un elevado porcentaje del total de eventos adversos producidos a nivel asistencial, como muestran, por ejemplo, el estudio ENEAS en el cual los errores de medicación en pacientes hospitalizados alcanzan un 37,3% de eventos adversos, o el estudio EVADUR, de servicios de urgencias, en el cual los errores de medicación constituyen un 24,1%. En el estudio de Hernández Prats, C, et al., (2008) se observa que entre un 0,86 y un 3,9% de las consultas que reciben los servicios de urgencias se relacionan con reacciones iatrogénicas a los fármacos, y se calcula que un 11% de los ingresos hospitalarios están motivados por eventos adversos a estos.

Ante esta situación, diversos organismos establecen recomendaciones de prácticas seguras para el uso de medicamentos, señalando, entre ellas, la conciliación en las transiciones asistenciales y los programas de prescripción electrónica asistida. Por ello, la utilización adecuada de los medicamentos es un componente que se considera que contribuye a mejorar notablemente la calidad de los servicios sanitarios y la seguridad del paciente.

Entre los textos revisados, existen estudios sobre programas de conciliación implantados en distintos niveles de transición asistencial, (servicios de urgencia, al ingreso o alta). Dichos estudios muestran que los procesos de transición favorecen la ocurrencia de errores de medicación, ya que cambia el responsable sanitario del paciente, haciendo a este susceptible de sufrir discrepancias en la misma. (Calderón Hernanz, B, et al., 2013; Hernández Prats, C, et al., 2008; Roure Nuez, C., 2010; Ucha Sanmartín, M., Martín Vila, A., López Vidal, C., Casamaño Barreiro, M., y Piñeiro Corrales, G., 2014; Urbietta Sanz, E, et al., 2014)

Igualmente, la mayoría de estudios han sido realizados en el perfil de pacientes pluripatológicos. Los autores consideran que este perfil se puede beneficiar en mayor medida del proceso de conciliación, por ser más susceptible de sufrir errores de medicación ya que, al padecer más de una enfermedad crónica, el número de fármacos prescritos es elevado y por lo tanto, aumenta la posibilidad de discrepancias o errores de conciliación. (Alfaro Lara, E.R, et al., 2013; Anoz Jiménez, L, et al., 2011; Delgado Sánchez, O, et al., 2009; Rentero, L, et al., 2014; Ucha Sanmartín, M, et al., 2014)

Los programas de conciliación fueron diseñados para prevenir los errores de medicación, y han demostrado ser una herramienta útil para garantizar, al paciente, toda la medicación que necesita. Estos programas detectan las discrepancias antes de que alcancen al paciente y, así, evitan los riesgos innecesarios. Han resultado ser efectivos en todos los niveles de transición asistencial, aunque la implantación no es homogénea para todos y debiera adaptarse a las características propias de cada uno de ellos. Se ha mostrado, también, que hay grupos de fármacos que son más susceptibles de experimentar errores, como los relacionados con el sistema cardiovascular. (Calderón Hernanz, B, et al., 2013; Delgado Sánchez, O, et al., 2006; Moriel, M.C, et al., 2008; Urbieto Sanz, E, et al., 2014)

Los programas informáticos, como la historia clínica informatizada y la prescripción electrónica asistida, permiten disponer de toda la información farmacológica del paciente, (la que se prescribe en atención primaria y la de atención especializada). Por lo tanto, constituyen un soporte de ayuda que facilita el trabajo a todos los profesionales (Villamayor Blanco, L, et al., 2016)

El cuidado asistencial es un proceso multifactorial, donde los pacientes son atendidos por múltiples profesionales en diversas localizaciones y a través de distintos niveles asistenciales. La coordinación entre estos es de gran importancia ya que, de ella, depende la calidad de la atención y la eficiencia del sistema. Por ello, la mejora de la coordinación asistencial es y seguirá siendo una prioridad y un reto para muchos sistemas de salud. Considerando la conciliación de la medicación, todos los estudios revisados recalcan el abordaje multidisciplinar como método para realizarla, y muchos de ellos hablan de la importancia del papel de enfermería. Algunos recalcan la importancia de integrar la conciliación de una forma sistemática como una tarea rutinaria más ya que, de este modo, para los profesionales es más sencillo y se adaptan mejor a una nueva metodología. (Anoz, Jiménez, L, et al., 2010; Calderón Hernanz, B, et al., 2013; Martín de Rosales, Cabrera, A.M., 2010; Moriel, M.C, et al., 2008; Páez Vives, F, et al., 2010; Vázquez Campo, M, et al., 2010; Villamayor Blanco, L, et al., 2016)

En Navarra, por ejemplo, desde hace dos años se está implantado un modelo de atención integrada a pacientes pluripatológicos, con el fin de mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida. Dicho sistema coordina la atención especializada y la primaria a través de un modelo de enfermera llamada “enfermera de enlace comunitaria”. Se ha creado un sistema llamado “circuito de crónicos EUNATE” y, además, se ha incorporado la aplicación de farmacia hospitalaria (FARHO). De entre todas las labores que tiene asignadas la “enfermera de enlace comunitaria”, se encuentra la conciliación de los medicamentos del paciente crónico. En esta misma línea, se ha diseñado el programa piloto de conciliación propuesto en el presente trabajo.



## ANÁLISIS DAFO DEL ESTUDIO PILOTO

INTERNAS		EXTERNAS	
NEGATIVAS	DEBILIDAD	AMENAZA	
	<p>El desconocimiento del nuevo programa.</p> <p>Reorganización de la metodología de trabajo.</p>	<p>Necesidad de recursos para la implantación del programa.</p>	
POSITIVAS	FORTALEZA	OPORTUNIDAD	
	<p>Buen uso de soportes informáticos por parte de los profesionales.</p> <p>Iniciativa por parte de los profesionales para el trabajo en equipo.</p> <p>Papel de enfermería en la conciliación.</p>	<p>Interés creciente de las instituciones sanitarias en la seguridad del paciente y en la calidad asistencial.</p>	

### Debilidades

Implantar un programa de conciliación no es sencillo. Al ser una nueva metodología, el desconocimiento de los profesionales de este novedoso sistema puede presentar dificultades para ellos a la hora de realizarlas.

Aunque lo ideal es introducirlo en la práctica clínica habitual, para realizar el estudio piloto es necesario reorganizar las tareas del servicio y esto puede suponer un esfuerzo extra por parte de todos los profesionales implicados en él.

Estas dificultades se pueden minimizar si se transmite el programa de forma adecuada para que todos los profesionales se integren correctamente.

### Amenazas

Los recursos del sistema son limitados, y esto supone una amenaza para todos los nuevos programas que se quiera implantar. La idea de este estudio es ver si el programa propuesto realmente es efectivo para mejorar el uso seguro de medicamentos. Si la cantidad de errores que se detectan constituye una cifra considerable, resultaría importante destinar una parte de los recursos sanitarios al mismo ya que, como hemos dicho, tras su implantación se pretende aumentar la seguridad del paciente. Probablemente, a largo plazo, pueda ser una opción para reducir costes.

### Fortalezas

El hecho de integrar los programas informáticos, y las hojas de conciliación en el programa, puede resultar efectivo para que los profesionales se apoyen más en este tipo de recursos y se utilicen de una forma más exhaustiva, aprovechando todas las ventajas que estos pueden proporcionar. El trabajo en equipo y la coordinación es siempre un indicativo de calidad y eficiencia del sistema, además de que mejora las relaciones interpersonales. La introducción del profesional de enfermería en el equipo incrementa su carácter multidisciplinar y, también, favorece el reconocimiento de la labor del mismo en el proceso de conciliación.

### Oportunidades

En la actualidad, existe un interés creciente, por parte de los organizadores sanitarios, en fomentar estrategias dirigidas a aumentar la seguridad del paciente. En esta línea, la implantación del programa podría recibir apoyo por parte de los mismos.

## 9. CONCLUSIONES

1. Los errores de medicación, en España, constituyen un elevado porcentaje de los eventos adversos a nivel asistencial, que se encuentran incluso por encima de los ocasionados por procedimientos derivados de la cirugía y de las infecciones nosocomiales.
2. La seguridad del paciente es una cuestión primordial para organismos nacionales e internacionales, ya que es un indicativo de calidad y eficiencia del sistema sanitario. A este respecto, se han elaborado documentos de prácticas seguras incluyéndose, en ellas, la conciliación de la medicación.
3. A partir de la búsqueda bibliográfica, se ha constatado que los programas de conciliación de medicación han demostrado ser útiles para minimizar la frecuencia de errores. Detectan las discrepancias entre la medicación crónica y la prescrita en centros hospitalarios, antes de que estas alcancen al paciente, evitando así riesgos para el mismo.
4. La conciliación como proceso multidisciplinar ha mostrado mayor efectividad, de manera que la mayoría de autores abogan por el trabajo en equipo, ayudado de soportes informáticos que facilitan el proceso, y que permiten introducirla en la práctica clínica habitual.
5. Colaborar con el equipo sanitario para proporcionar un servicio eficiente y de calidad y proteger al paciente mientras esté a su cargo son deberes del profesional de enfermería. Por eso, debe estar presente en la conciliación multidisciplinar, ya que tiene competencias suficientes para ello (maneja la medicación, tiene conocimientos adecuados acerca de los fármacos y está en contacto directo con el paciente).
6. El estudio piloto aportado en el presente trabajo se presenta como herramienta para ayudar a impulsar la conciliación, especialmente en el alta hospitalaria, pero se podría aplicar para otros niveles de transición u otro tipo de servicios.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín García, R., (2014). Efectividad de una intervención para reducir las discrepancias y errores de conciliación de la medicación al alta hospitalaria en un servicio de cirugía. (Tesis doctoral). Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. Disponible en: <http://www.tdx.cat/handle/10803/132992>. Recuperado en Diciembre de 2016.
- Alfaro Lara, E.R., Santos Ramos, B., González Méndez, A.I., Galván Banqueri, M., Vega Coca, M.D., Nieto Martin, M.D.,... Pérez Guerrero, C. (2013) Errores de conciliación al ingreso hospitalario en pacientes pluripatológicos mediante metodología estandarizada. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 48(3): 103-108.
- Anoz Jiménez, L., Ferrer-Ferrer, C., Becerril Moreno, F., Navarro De Lara, S., Estaún Díaz de Villegas, E., (2011) Actividades de enfermería como parte de un equipo de atención farmacéutica integral. *Farmacia hospitalaria*, 35(1): 1-7.
- Bautista, J., (2011) Continuidad asistencial: conciliación y seguimiento al alta. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *En 2011 congreso nacional de la SEFH. I encuentro iberoamericano de farmacéuticos de hospital (Valencia del 21 al 24 de octubre de 2011)*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <http://www.sefh.es/53congreso/documentos/ponencias/ponencia718.pdf>. Recuperado en Noviembre de 2016.
- Calderón Hernanz, B., Oliver Noguera, A., Tomas Vecina, S., Baena Parejo, M.I., García Peláez, M., Juanes Borrego, A., .....Chanovas Borrás, M. (2013) Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias. *Emergencias*, 25: 204-217-
- Contreras Rey, M.B., Arco Prados, Y., Sánchez Gómez, E., (2016). Analysis of the medication reconciliation process conducted at hospital admission. *Análisis de la actividad de conciliación de la medicación establecida al ingreso hospitalario. Farmacia Hospitalaria*. 40(4):246-259-
- Coronado Nuñez, M.J., Bravo Moreno, E., Beas Morales, A.I., Tena Trincado, T., Castillo López, M., Alonso Larrocha, C., (2015). Conciliación de la medicación en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*, 7(3): 19-22-
- Del Arco Galán, C., (2016). Medicamentos, fibrilación auricular permanente y problemas derivados. *Emergencias*, (28): 71-72.

- Delgado Sánchez, O., Anoz Jiménez, L., Serrano Fabiá, A., Nicolás Pico, J., (2007) Conciliación de la medicación. *Medicina Clínica*. 198.177.
- Delgado Sánchez, O., Nicolás Pico, J., Martínez López, I., Serrano Fabia, A., Anoz Jiménez, L., Fernández Cortés, F. (2009) Errores de conciliación en el ingreso y en el alta hospitalaria en pacientes ancianos polimedicados. Estudio prospectivo aleatorio multicéntrico. *Medicina Clínica*, 133(19): 741-744.
- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2009). Unidad de Pacientes Pluripatológicos, Estándares y Recomendaciones. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR\\_UPP.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf). Recuperado en Mayo 2017.
- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad (2012). *Sistema Nacional de Salud SNS*. 2012. Madrid: MSSSI. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012\\_Espanol.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012_Espanol.pdf). Recuperado en Febrero de 2017.
- España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Informe anual de Sistema Nacional de Salud 2015*. Madrid: MSSSI Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>. Recuperado en Febrero de 2017.
- Garjón Parra, J., Gorricho Mendivil, J., (2010). *Seguridad del paciente: Cuidado con los errores de medicación*. Pamplona: Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra (BIT)
- Hernández Prats, C., Mira Carrió, A., Arroyo Domingo, E., Díaz Castellano, M., Andreu Giménez, L., Sánchez Casado, M.I., (2008) Discrepancias de conciliación en el momento del alta hospitalaria en una unidad médica de corta estancia. *Atención primaria*, 40 (12): 597-602.
- Instituto para el uso seguro de los medicamentos. (2008) *Grupo Ruiz-Jarabo 2000. Clasificación de los errores de medicación (versión 2)* Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Clasificaci%C3%B3n%20actualizada%202008.pdf>. Recuperado en marzo de 2016
- Instituto para el uso seguro de los medicamentos. (2008) *Grupo Ruiz-Jarabo 2000. Terminología*. Disponible en: <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Fichero26.pdf>. Recuperado en Febrero de 2017.

- Juvany, R., Jódar, R., (2012) Importancia de la conciliación de la medicación para garantizar la continuidad y seguridad del proceso asistencial. Importance of medication reconciliation process for ensuring continuity and safety of patient care. *Medicina Clínica*, 139(15): 672-673.
- Madridejos Mora, R., (2014). Conciliación y prescripción electrónica. *Atención primaria*, 46(10): 529-530.
- Martin de Rosales Cabrera, A.M., (2010) Coordinación multidisciplinar para asegurar la correcta medicación del paciente: conciliación de la medicación. *Revista de calidad asistencial*, 25 (5): 239-243.
- Martínez Martínez, F., (2014). Seguimiento y conciliación de la medicación entre niveles asistenciales. *XIX Congreso Nacional Farmacéutico (Córdoba 22-24 octubre 2014)*. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/jornadas-congresos/XIX-Congreso-Nacional-Farmacaceutico/Documents/FERNANDO-MARTINEZ-MARTINEZ.pdf>. Recuperado en Enero de 2017.
- Morales Serna, J.C., (2008) Conciliación del tratamiento farmacológico al ingreso y al alta: un reto multidisciplinario. *Atención primaria*, 40 (12): 597-602
- Moriel, M.C., Pardo, J., Catalá, R.M., Segura, M., (2008) Estudio prospectivo de conciliación de medicación en pacientes de traumatología. *Farmacia Hospitalaria*. 32(2): 65-70
- Otero López, M.J., Castaño Rodríguez, B., Pérez Encinas, M., Codina Jane, M.J., Tames Alonso, M.J., Sánchez Muñoz, T., (2008). Actualización de la clasificación de errores de medicación del grupo Ruiz-Jarabo 2000. *Farmacia Hospitalaria*, 32 (1): 38-52 <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Clasificaci%C3%B3n%20actualizada%20Ruiz-Jarabo%202000.pdf>. Recuperado en Febrero de 2017.
- Páez Vives, F., Recha Sancho, R., Altadil Amposta, A., Montaña Raduá, R.M., Anadón Chortó, N., Castells Salvadó, M., (2010) Abordaje interdisciplinar de la conciliación de la medicación crónica al ingreso en un hospital. *Revista Calidad Asistencial*, 25(5): 308-313.
- Rentero, L., Iniesta, C., Urbietta, E., Madrigal, M., Pérez, M.D., (2014) Causas y factores asociados a los errores de conciliación en servicios médicos y quirúrgicos. *Farmacia Hospitalaria*. 38(5): 398-404.
- Roure Nuez, C., (2010) Conciliación de la mediación: Una herramienta para garantizar la continuidad asistencial y mejorar la seguridad del paciente, 22(4):19-26.

- Santiago Rodríguez, A.M. (2015) *La prescripción electrónica en los servicios de urgencias como medida para evitar los errores de medicación*. (Trabajo de fin de grado). Facultade de enfermaría e podoloxia. Universidade da Coruña.
- Servicio Vasco de Salud-Osakidetza (2013). Conciliación de la medicación. *Información farmacoterapéutica de la comarca*. 21(10): 68-74. Disponible en:  
[http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_21\\_n\\_10.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_21_n_10.pdf). Recuperado en Enero de 2017.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Prescripción electrónica asistida. Grupo evaluación nuevas tecnologías*. Disponible en:  
<http://www.sefh.es/sefhdescargas/archivos/pea.pdf>. Recuperado en Febrero de 2017.
- Subiela García, J.A., Abellon Ruiz, J., García Guillen, M.J., Díaz Martínez, A.M., Pérez García, M.M (2015) Prescripción electrónica asistida (PEA) y su influencia en la comunicación verbal entre Médicos y Enfermeras en una planta de Medicina Interna, Neumología y Cardiología. *Revista electrónica trimestral de enfermería*, 38:220-234. Disponible en:  
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/179161/174101>. Recuperado en Febrero de 2017.
- Ucha Sanmartín, M., Martin Vila, A., López Vidal, C., Casamaño Barreiro, M., Piñeiro Corrales, G., (2014) Intervenciones farmacéuticas relacionadas con la prevención de errores de medicación en la transición asistencial de pacientes tratados con apomorfina. *Farmacia hospitalaria*, 38(3): 227-230.
- Urbietta Sanz, E., Trujillano Ruiz, A., García-Molina Sáez, C., Galicia Puyol, S., Caballero Requejo, C., Piñera Salmerón, P., (2014) Implantación de un procedimiento de conciliación terapéutica al ingreso hospitalario por el servicio de urgencias. *Farmacia Hospitalaria*, 38(5): 430-437.
- Vázquez Campo, M., Martínez Ques, A.A., (2011) Eficacia de la conciliación de mediación en la prevención de eventos adversos. *Metas de enfermería*, 14(1): 28-32. Disponible en:  
[https://www.researchgate.net/profile/Angel\\_Martinez\\_Ques/publication/275769168\\_Eficacia\\_de\\_la\\_conciliacion\\_de\\_medicacion\\_en\\_la\\_prevention\\_de\\_eventos\\_adversos/links/5545ff6e0cf23ff71686d089.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Angel_Martinez_Ques/publication/275769168_Eficacia_de_la_conciliacion_de_medicacion_en_la_prevention_de_eventos_adversos/links/5545ff6e0cf23ff71686d089.pdf). Recuperado en noviembre de 2016.
- Vega Cobo, M.G. (2012). Seguridad clínica: errores de mediación en los servicios de urgencia. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias*. 28. Disponible en:  
<http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2012/pagina3.html>. Recuperado en Enero de 2017.

Villamayor Blanco, L., Herrero Poch, L., De Miguel Bouzas, J.C., Freire Vázquez, M.C., (2016) Conciliación de medicación al ingreso mediante un programa de prescripción electrónica asistida. *Farmacia Hospitalaria*. 40(5): 333-340.



## 11. ANEXO

### Anexo 1 Hoja de conciliación de medicación

Nombre y apellidos del paciente

Nº de Historia Clínica

Fecha

ALERGIAS/INTOLERANCIAS	SI	NO
A		
B		
C		
FARMACOS CRONICOS		
Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis
A		
B		
C		
D		
FARMACOS PRESCRITOS EN EL HOSPITAL		
Nombre genérico	Nombre comercial	Dosis
A		
B		
C		
D		
HABITOS AUTOMEDICACION		
Nombre Fármaco	Motivo	Dosis
A		
B		
C		
PRODUCTOS DIETETICOS/HERBOLARIO/HOMEOPATIA		
Nombre	Motivo	Observaciones
A		
B		
C		
DISCREPANCIAS ENCONTRADAS		
Tipo de discrepancia	Observaciones	
1		
2		
3		
4		
RECOMENDACIONES		
Que recomendación	Por que	Observaciones
1		
2		
3		
4		

PROFESIONAL

Enfermería  
Farmacia

Nº COLEGIADO

FIRMA

Anexo 2: Hoja de evaluación de discrepancias y recomendaciones

ANALISIS DE DISCREPANCIAS ENCONTRADAS			
Nº PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO		TOTAL DE DISCREPANCIAS ENCONTRADAS	
TIPO DE DISCREPANCIAS ENCONTRADAS			
1 Omisión medicamento			
2 Inicio de medicación			
3 Diferente dosis, vía, frecuencia			
4 Diferente medicamento			
5 Duplicidad			
6 Interacción			
7 Medicamento no disponible en el hospital			
8 Prescripción incompleta			
TOTAL Nº DISCREPANCIAS 1 ENCONTRADAS			
TOTAL Nº DISCREPANCIAS 2 ENCONTRADAS			
TOTAL Nº DISCREPANCIAS 3 ENCONTRADAS			
Nº PACIENTES A LOS QUE SE LES APLICARON RECOMENDACIONES		TOTAL RECOMENDACIONES DE	
		DE LAS CUALES ACEPTADAS	
TIPO DE RECOMENDACIONES REALIZADAS 01-03-2018 A 31-03-2018			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
TOTAL RECOMENDACIONES TIPO 1			
TOTAL RECOMENDACIONES TIPO 2			
TOTAL RECOMENDACIONES TIPO 3			

PROFESIONAL	Nº COLEGIADO	FIRMA
Enfermería		
Farmacia		

Anexo 3: Cuestionario de evaluación para los profesionales

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN**

	SI	NO	POR QUÉ
Le ha resultado difícil el proceso			
Le ha resultado cómodo integrarlo en las actividades rutinarias			
Le ha resultado complicado reorganizar las tareas diarias de la planta			
Cree que puede ayudar a disminuir los errores			
Estaría dispuesto a integrarlo como una tarea mas			
Cree que el proceso se podría realizar en más ámbitos de transición			
Cree que es necesario algún tipo de formación complementaria para realizar las tareas			
Recomendaciones de mejora			
Observaciones			